

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

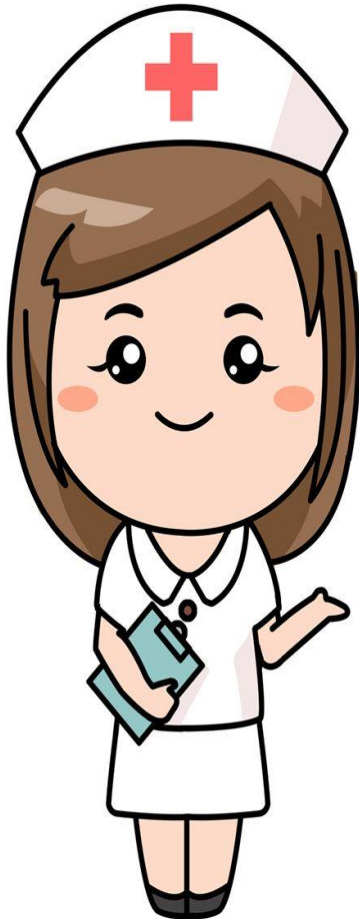


# فرآیند پرستاری

## The nursing process

F. Abdollahi , MSc of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery School, Qazvin University of Medical Science

# تعریف فرآیند پرستاری:



فرآیند پرستاری روشی سیستماتیک و علمی در حرفه پرستاری برای ارائه مراقبت‌های پرستاری است.

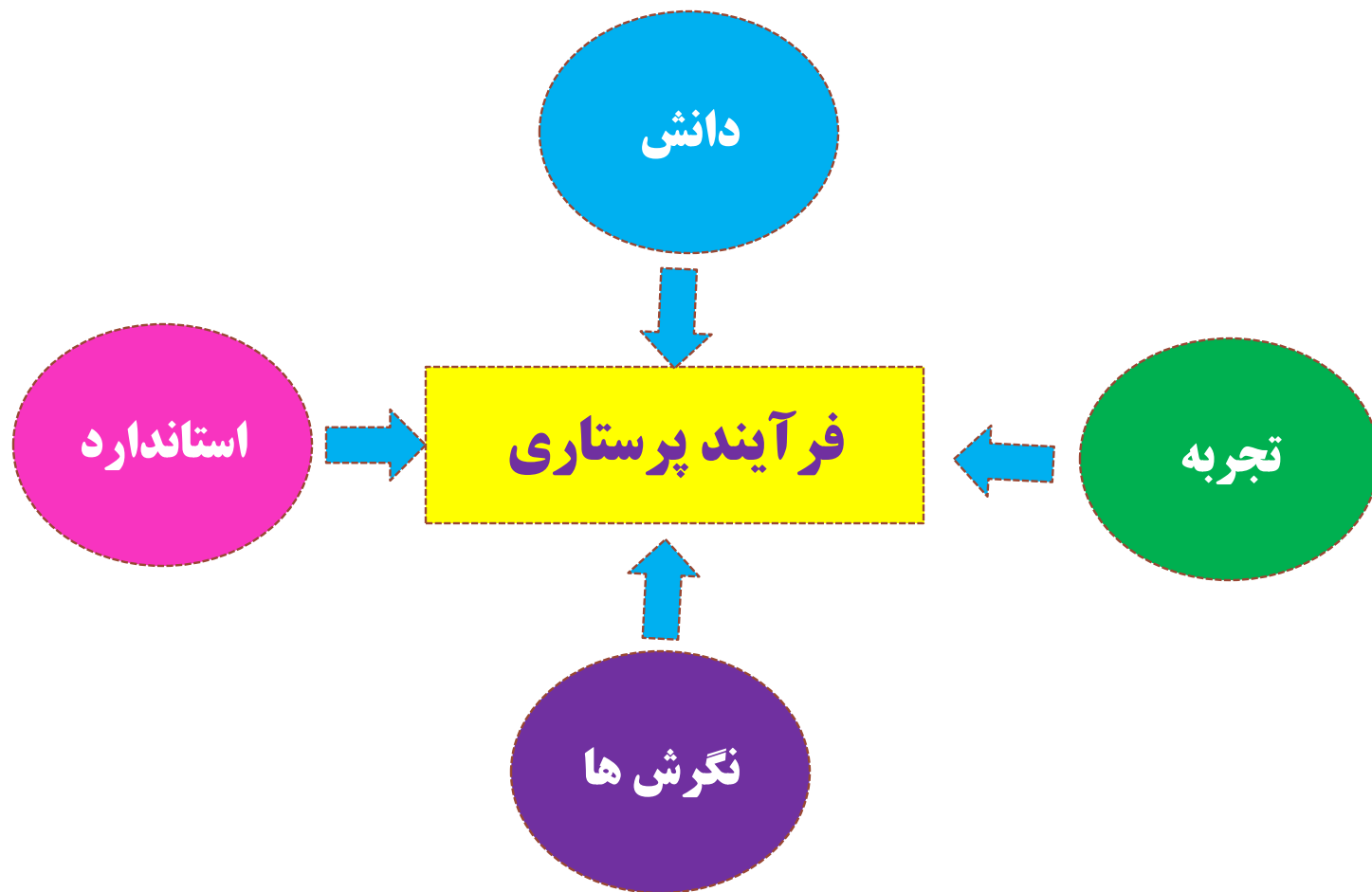
مبتنی بر تفکر انتقادی و روش حل مسئله است.

هدف از فرآیند پرستاری، شناسایی عکس العمل های مددجویان به مشکلات بالفعل و بالقوه تهدیدکننده سلامتی و برنامه ریزی و انجام مراقبت های پرستاری در راستای رفع نیازهای مددجو می باشد.

## مراحل روش علمی حل مساله:

- ✓ تعیین مساله
- ✓ جمع آوری اطلاعات
- ✓ فرضیه سازی
- ✓ برنامه عملیاتی
- ✓ آزمون فرضیه
- ✓ تفسیر نتایج
- ✓ ارزشیابی یافته‌ها

## تفکر انتقادی و فرآیند پرستاری



# مشخصات فرآیند پرستاری:

مبتنی بر  
ارتباط  
بین فردی

پویا

کاربرد  
همگانی

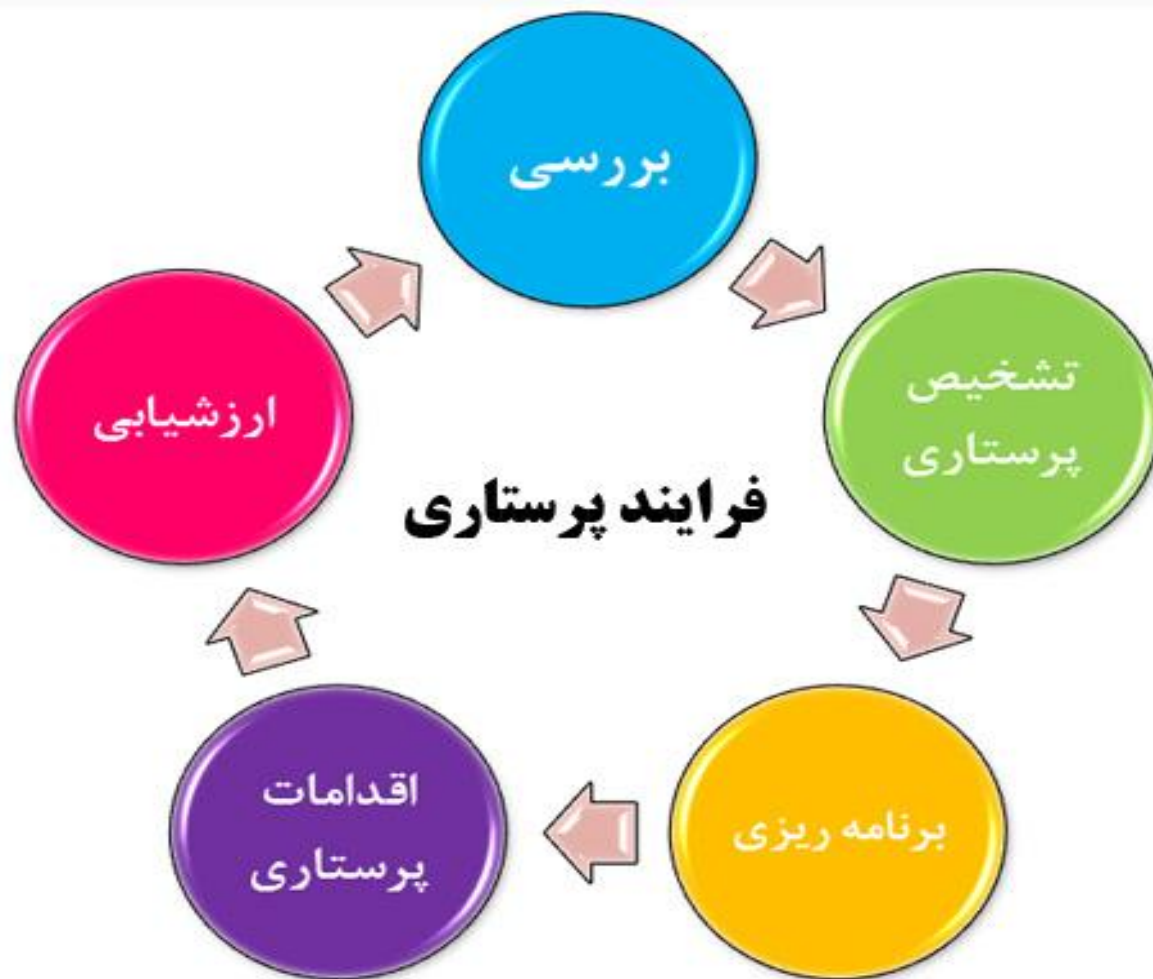
مددجو  
محور

مشکل  
مدار

هدف  
گرا

# مراحل فرآیند پرستاری







## ۱- بررسی (Assessment) :

اولین و مهم‌ترین مرحله از فرآیند پرستاری است و زیربنای سایر مراحل فرآیند محسوب می‌شود.

فرآیندی است سازمان‌یافته و نظام‌مند برای جمع‌آوری داده‌ها از منابع مختلف است.

بررسی متمرکز بر پاسخ‌های مددجو به یک مشکل سلامتی است.

## مراحل بررسی شامل :

ثبت داده‌ها

(Document  
data)

دسته‌بندی داده‌ها

(Organize data)

معتبرسازی داده‌ها

(Validate data)

جمع‌آوری داده‌ها

(Collect data)

# انواع بررسی (Type of assessment):

## ۱- بررسی اولیه (Initial assessment):

در زمان پذیرش مددجو انجام و هدف جمع اوری اطلاعات پایه برای تعیین مشکلات ، ارجاع و مقایسه های آتی می باشد.

## ۲- بررسی متمرکز بر مشکل (Problem – focused assessment):

در زمان انجام مراقبت های پرستاری انجام و هدف تعیین وضعیت مشکلی است که در بررسی اولیه تشخیص داده شده است.

## ۳- بررسی اورژانسی (Emergency assessment):

در طی بحران های فیزیولوژیکی و روانی انجام و هدف تعیین مشکلات تهدید کننده سلامتی است.

## ۴- بررسی مجدد بعد از گذشت زمان (Time lapsed assessment):

چند ماه بعد از بررسی اولیه انجام و هدف مقایسه وضعیت فعلی مددجو با اطلاعات پایه ای قبلی است.

# مهارت های لازم جهت بررسی (Assessment Skills):

## ۱- مشاهده (Observation):

جمع آوری اطلاعات بر اساس حواس پنجگانه

## ۲- مصاحبه (Interview):

ارتباط برنامه ریزی شده و هدفمند به منظور ارائه یا کسب اطلاعات جهت شناسایی مشکلات، آموزش، فراهم کردن حمایت یا مشاوره است.

مصاحبه به دو روش هدایت شده و غیر مستقیم انجام و شامل مراحل: آشنایی، مرحله عمل و مرحله نهایی می باشد.

### ۳- تاریخچه پرستاری (Nursing health history):

شامل اطلاعاتی است که در مورد سطح سلامتی مددجو با استفاده از مرور سیستم ها، تاریخچه خانوادگی، فرهنگی - اجتماعی و بهداشت روانی و ... جمع آوری می شوند.

### ۴- معاینه فیزیکی (Physical Examination):

اندازه گیری علائم حیاتی و معیارهای دیگر و معاینه قسمت های مختلف بدن با استفاده از روش های مشاهده (Inspection) ، لمس (Palpation) ، دق (Percussion)، سمع (Ausculation) و بویدن (Olfaction) است.

معاینه فیزیکی بعد از گرفتن تاریخچه پرستاری انجام می شود.

❖ جمع آوری اطلاعات (Collect data) در مورد وضعیت بهداشتی  
مددجو باید به صورت **مداوم و سیستماتیک** باشد .

## انواع اطلاعات :

### ۱- داده های ذهنی ( Subjective data ):

به این اطلاعات (Symptom) یا اطلاعات پنهان گفته می شود. داده هایی که بیمار بیان می کند مانند: درد، خارش و احساس نگرانی

### ۲- داده های عینی ( Objective data ):

به این اطلاعات (Sign) یا اطلاعات آشکار گفته می شود. داده های واقعی و قابل مشاهده هستند مثل: علائم حیاتی، آزمایشات تشخیصی و تغییراتی در ظاهر یا رفتار بیمار

## منابع جمع آوری اطلاعات (Source of data):

۱- **منابع اولیه (primary):** مددجو منبع اطلاعات اولیه می باشد.

۲- **منابع ثانویه (secondary):** تمام منابع دیگر به جز مددجو منبع ثانویه محسوب می شوند که شامل: خانواده یا افراد خاص دیگر، اعضای دیگر تیم درمانی، آزمایشات تشخیصی، تاریخچه پرستاری و تاریخچه پزشکی

## ❖ معتبرسازی داده ها (Validate data):

ارزیابی مجدد داده ها برای تعیین صحت داده ها می باشد.

❖ **سازماندهی اطلاعات (Organize data):** دسته بندی اطلاعات با استفاده از رویکردهای ساختارمند ( سر تا پا و مرور سیستماتیک) و رویکرد مشکل مدار

## ۲- تشخیص پرستاری (Nursing Diagnosis) :

فرآیند تشخیص پرستاری عبارت است از تفسیر و تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده به منظور شناسایی مشکلات بالقوه یا بالفعل یا پاسخ های مددجو به مشکلات بهداشتی و توانایی های مددجو به منظور اتخاذ قضاوت بالینی (Clinical judgment) است.

عبارات می تواند دو قسمتی ( شامل : مشکل و اتیولوژی) یا سه قسمتی ( شامل : مشکل، اتیولوژی و علائم و نشانه ها باشد).

به منظور سهولت تعیین تشخیص های پرستاری و کاهش اشتباه در تعیین آنها یک زبان مشترک بین المللی ایجاد شده است.

تشخیص پرستاری بر اساس لیست تشخیص های پرستاری انجمن بین المللی آمریکای شمالی (NANDA) تعیین می گردد. تشخیص پرستاری خط دهنده اقدامات پرستاری است.



# اجزای یک تشخیص پرستاری

:(Components of nursing diagnosis)

مشخصات تعریف  
کننده  
(Defining  
Characteristics)

در ارتباط با  
(Related to)

سبب

مشکل  
(Problem)

## جزء اول تشخیص پرستاری : مشکل یا برچسب تشخیصی (Diagnostic Label)

عبارت تشخیصی یا مشکل بهداشتی یا پاسخ مددجو به مشکلات بهداشتی است که برای آن مداخلات پرستاری ارائه می شود. لیست تشخیص های پرستاری NANDA برای این منظور تدوین شده اند.

### چند مثال:

اختلال در الگوی تنفسی  
اختلال در پاکسازی راه های هوایی  
در معرض خطر آسپیراسیون  
عدم تحمل فعالیت  
اختلال در الگوی تغذیه

# تشخیص‌های پرستاری NANDA بر حسب الگوهای سلامت عملی



## ۱- الگوی درک و کنترل سلامت:

Altered health maintenance: تغییر در مراقبت سلامت  
Altered protection: تغییر در ایمنی  
Ineffective management of therapeutic regime: مدیریت ناکارآمد رژیم درمانی  
Infection: عفونت  
High risk of injury: ریسک بالای جراحت  
High risk of poisoning: ریسک بالای مسمومیت  
High risk of suffocation: ریسک بالای خفگی

## ۲- الگوی تغذیه و متابولیسم:

High risk of altered nutrition: intake exceeds the body's needs: ریسک بالای تغییر در تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.  
Altered nutrition: intake exceeds the body's needs: تغذیه: جذب مواد فراتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.  
Altered nutrition: eating less than the body needs: تغذیه: غذا خوردن کمتر از نیازهای بدن صورت می‌گیرد.  
Effective breastfeeding: شیردهی مؤثر  
Ineffective breastfeeding: شیردهی ناکارآمد  
Interrupted breastfeeding: شیردهی با وقفه  
Ineffective infant feeding pattern: الگوی ناکارآمد تغذیه کودک  
High risk of aspiration: ریسک بالای آسپیراسیون  
Swallowing disorder: اختلال در بلعیدن  
Altered oral mucosa: تغییر در مخاط دهان  
High risk of fluid volume deficits: ریسک بالای کمبود حجم مایعات بدن  
Fluid volume deficits: کمبود حجم مایعات بدن  
Excess fluid volume: حجم بیش از حد مایعات بدن  
High risk of impaired skin integrity: ریسک بالای اختلال در تمامیت پوست  
Impaired skin integrity: اختلال در تمامیت پوست  
Impaired tissue integrity: اختلال در تمامیت بافت  
High risk of altered body temperature: ریسک بالای تغییر دمای بدن  
Ineffective thermoregulation: تنظیم ناکارآمد دمای بدن  
Hyperthermia: هایپرترمی  
Hypothermia: هایپوترمی

## ۳- الگوی دفع:

Constipation: یبوست  
Constipation perceived: یبوست تشخیص داده شده  
Colonic constipation: یبوست کولونی  
Diarrhea: اسهال

## ۴- الگوی فعالیت و حرکت:

Activity intolerance: عدم تحمل فعالیت  
Inability to sustain spontaneous breathing: عدم توانایی در حفظ تنفس خودبخودی  
High risk of activity intolerance: ریسک بالای عدم تحمل فعالیت  
High risk for peripheral neurovascular dysfunction: ریسک بالای اختلال نورو واسکولار محیطی  
Impaired physical mobility: اختلال در تحرک فیزیکی  
High risk of syndrome of disuse: ریسک بالای سندرم عدم استفاده از اندام  
Fatigue: خستگی  
Forgot Unilateral: عدم تحرک یک طرفه بدن  
Self-care deficit: bathing / hygiene: ناتوانی در مراقبت از خود: استحمام / رعایت بهداشت  
Self-care deficit: dressing / under: ناتوانی در لباس پوشیدن  
Self-care deficit: feeding: ناتوانی در مراقبت از خود: تغذیه  
Self-care deficit: evacuation: ناتوانی در مراقبت از خود: دفع  
Deficit recreation: ضعف در تفریح و سرگرمی  
Household altered: تغییر در منزل  
Ineffective cleaning air: تنفس ناکارآمد هوای تازه  
Ineffective breathing pattern: الگوی ناکارآمد تنفس  
Altered gas exchange: تغییر در تبادل گازی  
Decreased cardiac output: کاهش خروجی قلب  
Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral): تغییر در خون رسانی به بافت (کلیه، مغز، قلب، گوارش و محیطی)  
High risk of trauma: ریسک بالای تروما

## ۵- الگوی خواب و استراحت:

Altered sleep patterns: تغییر در الگوهای خواب

## ۶- الگوی ادراک و شناخت:

Pain: درد  
Chronic Pain: درد مزمن

Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory): تغییر حسی / ادراکی (بینایی، شنوایی، حرکتی، لامسه، بویایی)  
Unilateral oblivion: فراموشی یک طرفه  
Knowledge deficits: کمبود آگاهی  
Altered thought processes: تغییر در فرایندهای تفکر  
Difficult decision: تصمیم دشوار

## ۷- الگوی خود ادراکی و خود پنداری:

Fear: ترس  
Anxiety: نگرانی  
Despair: یأس  
Sense of powerlessness: حس بی قدرتی  
Body image Disorder: اختلال در تصویر بدنی  
High risk of automutilation: خطر بالای قطع عضو توسط خود  
Personal identity disorder: اختلال در هویت فردی  
Disorder of self-esteem: اختلال در عزت نفس  
Chronic low self-esteem: اعتماد به نفس پایین مزمن  
Situational low self-esteem: اعتماد به نفس پایین موقعیتی

## ۸- الگوی عملکرد و ارتباط:

Anticipatory grief: غم و اندوه قابل پیش بینی  
Dysfunctional grieving: غمگینی غیرکارکردی  
Altered performance of the function: تغییر در عملکرد بدن  
Tension in the role of caregiver: تنش در نقش پرستار  
High risk of stress on the role of caregiver: ریسک بالای استرس در نقش پرستار  
Social isolation: انزوای اجتماعی  
Impaired verbal communication: اختلال در ارتباط کلامی  
High risk of violence: ریسک بالای خشونت

## ۹- الگوی رابطه جنسی و تولید مثل:

Sexual dysfunction: اختلال در عملکرد جنسی  
Altered patterns of sexuality: تغییر در الگوهای جنسی  
Rape trauma syndrome: سندرم ضربه پس از تجاوز جنسی

## ۱۰- الگوی تحمل تنش و تطابق:

Ineffective individual coping: تطابق ناکارآمد فردی  
Ineffective family coping: تطابق ناکارآمد خانواده  
Defensive coping: تطابق دفاعی

## ۱۱- الگوی ارزشها و اعتقادات:

Spiritual Distress: تنش معنوی

# **Nursing Diagnoses by Functional Health Patterns**

## **2012-2014**

### **1. – Pattern Perception and Control of Health:**

Altered health maintenance

Altered protection

Ineffective management of therapeutic regimen

Infection

High risk of injury

High risk of poisoning

High risk of suffocation

### **2. – Pattern Nutrition and Metabolic:**

High risk for altered nutrition: intake exceeds the body's needs.

Altered nutrition: intake exceeds the body's needs

Altered nutrition: eating less than the body needs.

Effective breastfeeding

Ineffective breastfeeding.

Interrupted breastfeeding.

Ineffective infant feeding pattern.

High risk of aspiration

Swallowing disorder.

Altered oral mucosa.

High risk for fluid volume deficits.

Fluid volume deficits.

Excess fluid volume.

High risk for impaired skin integrity.

Impaired skin integrity.

Impaired tissue integrity.

High risk for altered body temperature.

Ineffective thermoregulation.

Hyperthermia.

Hypothermia.

### **3. – Elimination pattern:**

Constipation

Constipation perceived

Colonic constipation.

Diarrhea.

Bowel incontinence.

Altered urinary excretion

Functional incontinence

Stress incontinence

Urge incontinence

Total incontinence

Reflex incontinence

Urinary retention

### **4. – Pattern of Activity and Exercise:**

Activity intolerance.

Inability to sustain spontaneous breathing.

High risk of activity intolerance.

High risk for peripheral neurovascular dysfunction.

Impaired physical mobility.

High risk of syndrome of disuse.

Fatigue.

Forgot Unilateral

Self-care deficit: bathing / hygiene.

Self-care deficit: dressing / under

Self-care deficit: feeding.

Self-care deficit: evacuation.

Deficit recreation

Household altered.

Ineffective cleaning air.

Inefficient breathing pattern.

Altered gas exchange.

Decreased cardiac output.

Altered tissue perfusion (renal, cerebral, cardiac, gastrointestinal, peripheral)

High risk of trauma

### **5. – Standard of Rest and Sleep:**

Altered sleep patterns.

#### **6. – Cognitive and Perceptual Pattern:**

Pain.  
Chronic Pain  
Alterations sensory / perceptual (visual, auditory, kinesthetic, gustatory, tactile, olfactory).  
Unilateral oblivion.  
Knowledge deficits.  
Altered thought processes.  
Difficult decision

#### **7. – Self-perception and self-concept pattern:**

Fear  
Anxiety  
Despair  
Sense of powerlessness.  
Body Image Disorder  
High risk of automutilation.  
Personal identity disorder.  
Disorder of self-esteem.  
Chronic low self-esteem  
Situational low self-esteem

#### **8. – Pattern Function and Relationship:**

Anticipatory grief  
Dysfunctional grieving  
Altered performance of the function.  
Tension in the role of caregiver  
High risk of stress on the role of caregiver.  
Social isolation.  
Impaired verbal communication.  
High risk of violence.

#### **9. – Pattern of Sexuality and Reproduction:**

Sexual dysfunction.  
Altered patterns of sexuality.  
Rape trauma syndrome.

#### **10. – Pattern of Coping and Stress Tolerance:**

Ineffective individual coping.  
Ineffective family coping.  
Defensive coping.

#### **11. – Pattern of Values and Beliefs:**

Spiritual Distress

## جزء دوم تشخیص پرستاری: سبب شناسی (Etiology)

یک یا چند علت احتمالی مشکل را بیان می کند.

به منظور **پیشگیری از وقوع یک مشکل**، کاهش اثرات آن یا حل مشکل می بایست عوامل ایجاد کننده یا خطرزای آن مشکل را شناخت. این جزء از تشخیص پرستاری با واژه «در ارتباط با» به جزء اول متصل می شود.

- اختلال در تغذیه کم تر از نیاز بدن در رابطه با تهوع
- خطر کمبود حجم مایع در رابطه با پرادراری
- خطر اختلال در تمامیت پوست در رابطه با بی حرکتی
- عدم پذیرش ( رژیم غذایی) در رابطه با عصبانیت حل نشده نسبت به تشخیص
- عدم تحمل فعالیت در رابطه با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن، کاهش برون ده قلبی
- در معرض خطر صدمه در رابطه با اختلالات شناختی

## جزء سوم تشخیص پرستاری: مشخصات تعریف کننده (Defining Characteristics)

علائم عینی و ذهنی مربوط به دو جزء اول می باشد.

به طور مثال:

❖ اختلال در تداوم پوست در ارتباط با بی حرکتی در تخت به صورت ایجاد قرمزی در ناحیه

باتکس

❖ اختلال در پاکسازی راه هوایی در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری و بی حرکتی به صورت

صداهاى تنفسى غیر طبیعى

# انواع تشخیص‌های پرستاری:

۱. واقعی (Actual)
۲. خطر (Risk/High Risk)
۳. احتمالی (Possible)
۴. سندرم (Syndrome)
۵. سلامتی (Wellness)



## ❖ واقعی (Actual) :

مشکلی که در حال حاضر توسط بیمار تجربه می‌شود.  
اختلال در تغذیه: کمتر از نیاز بدن  
پاکسازی ناموثر راه‌های هوایی  
این نوع تشخیص‌ها می‌بایست توسط علائم و نشانه‌ها تایید شوند.

## ❖ بالقوه یا خطر (Risk/High risk):

مشکلی که به علت وجود برخی عوامل خطرزا در آینده اتفاق خواهد افتاد؛  
مگر اینکه با یک سری اقدامات از وقوع آن پیشگیری شود.  
خطر کمبود حجم مایع در رابطه اختلال در تمامیت پوستی  
خطر اختلال در تمامیت پوست در رابطه با بی حرکتی  
خطر عفونت در رابطه با دیابت و مصرف داروهای تضعیف کننده  
سیستم ایمنی  
این نوع تشخیص‌ها توسط وجود عوامل خطرزا تایید می‌شوند.

## ❖ تشخیص های احتمالی ( Possible N.D ) :

تشخیصی است که در آن احتمال بروز مشکل وجود دارد ولی علایم و عوامل خطرزا وجود ندارد.

به طور مثال:  
احتمال انزوای اجتماعی

## ❖ تشخیص های سندرم ( Syndrome Diagnoses ) :

مجموعه ای از تشخیصهای پرستاری که در اثر یک واقعه مصداق پیدا کنند.

به طور مثال:

- « سندرم ترومای تجاوز » که در موارد وقوع تجاوز جنسی مصداق پیدا کرده و تشخیص های پرستاری ذیل را در بر می گیرد: اضطراب، بی خوابی، ترس، خطر الگوی جنسی ناموثر، غم و درد.
- سندرم عدم استفاده به دنبال بستری طولانی مدت که در برگیرنده : خطر تمامیت پوستی، عملکرد ریوی، یبوست، عفونت، عدم تحمل فعالیت، آسیب و ناتوانی است.

## ❖ تشخیص های سلامتی ( Wellness Diagnoses ) :

یک قضاوت بالینی در مورد مددجویان سالمی است که منجر به تقویت رفتارهای بهداشتی می گردد.

مستلزم این است که فرد سالم باشد و علاقه به بهبود وضعیت سلامتی خود داشته باشد.

به طور مثال:

در خانمی که بدون مشکل به فرزند خود شیر می دهد « بهبود وضعیت شیردهی » یک

تشخیص پرستاری سلامتی است

## تفاوت تشخیص های پزشکی و پرستاری

تشخیص پرستاری	تشخیص پزشکی
مشخص کننده پاسخ های مددجو به بیماری است	مشخص کننده بیماری است
هدف تعیین پاسخ های مددجو و انجام اقدامات پرستاری است	هدف تعیین بیماری و متمرکز بر درمان بیماری است
از روزی به روز دیگر تغییر می کند	برای مدت طولانی ثابت است

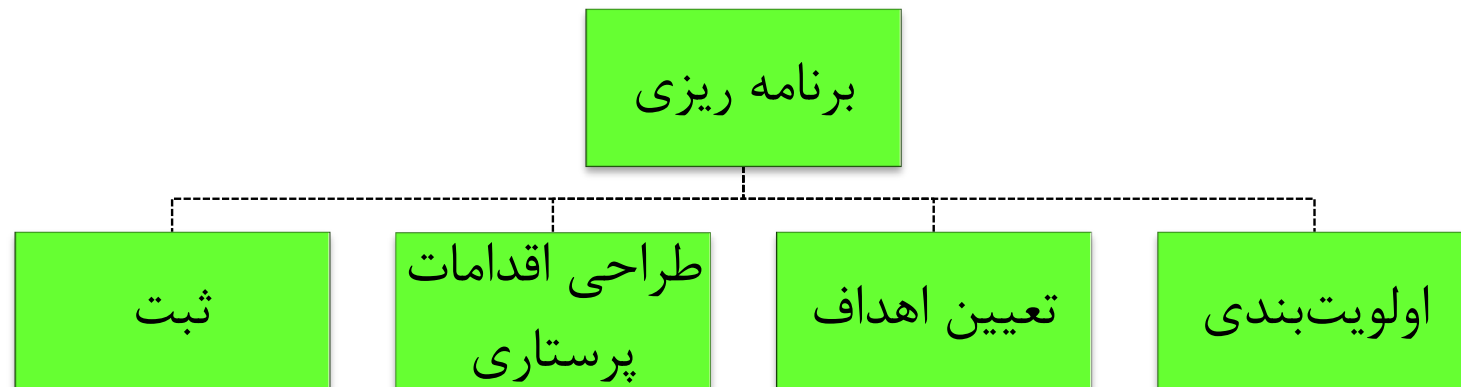
به طور مثال:

سکته قلبی یک تشخیص پزشکی است ولی درد، کمبود آگاهی، تغییر در اکسیژن رسانی بافتی و عدم تحمل فعالیت تشخیص های پرستاری محسوب می شود.  
البته نوعی مشکلات مشترک وجود دارند که نیازمند اقدامات پزشکی و پرستاری هر دو هستند.

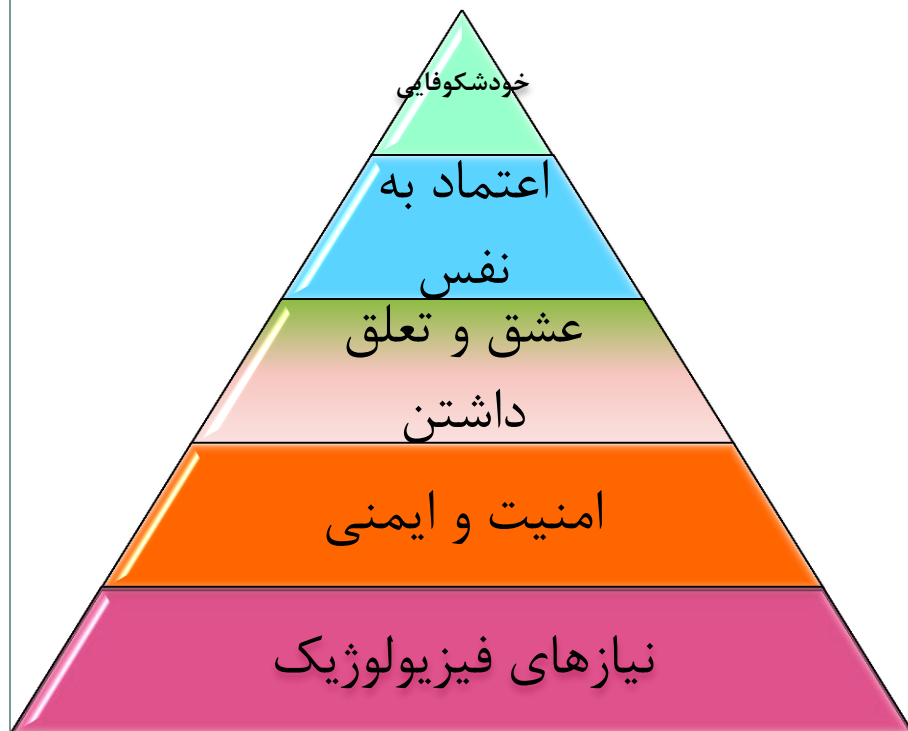
## برنامه ریزی (Planning):

در مرحله برنامه ریزی پرستار بر اساس اطلاعات به دست آمده از مددجو و عبارات تشخیصی اهدافی را در نظر گرفته و اقدامات پرستاری را طرح ریزی می کند .

محصول مرحله برنامه ریزی یک طرح مراقبتی است.



## اولویت بندی:



هرم نیازهای مازلو

باید به مشکلات به ترتیب نکات ذیل توجه ویژه شود :

الف ( مشکلات تنفسی ، جریان خون ، تغذیه ،

هیدراتاسیون، دفع ، تنظیم درجه حرارت

ب ) مشکلاتی که با ایمنی بیمار مرتبط است.

پ ( مشکلاتی که با روحیات بیماران مرتبط است

(تنهایی ، گوشه گیری )

ت ( مشکلاتی که با مراقبت های فردی بیمار مرتبط

است

## تعیین اهداف:

اهداف پاسخ های قابل مشاهده مددجو است که پرستار امیدوار است با انجام اقدامات پرستاری به آنها دست یابد.

اهداف (goals): بیان وسیع تری از وضعیت مددجو است  
برآیندهای مورد انتظار (desired outcoms): به معنی معیارهای اختصاصی تر برای ارزیابی دستیابی به اهداف می باشند.

به طور مثال:

هدف: بهبود وضعیت تغذیه

برآیند مورد انتظار: افزایش وزن به میزان ۵ کیلوگرم تا تاریخ...

هدف: بهبود تعادل مایعات

برآیند مورد انتظار: بیمار در طی مدت بستری در بخش روزانه حداقل ۶ لیوان مایعات مصرف کند.



## اجزای هدف:

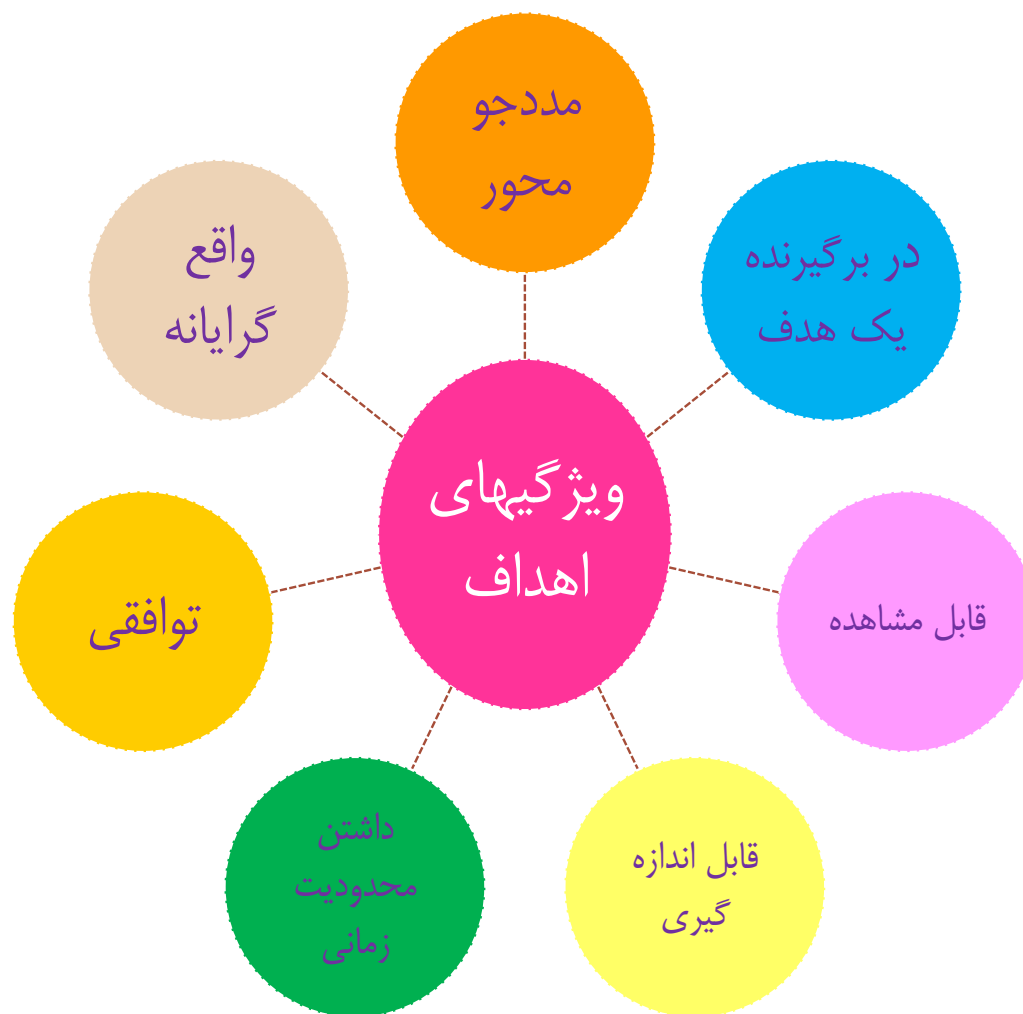
فاعل + فعل + موقعیت + معیار عمل مورد انتظار

**فاعل:** مددجو یا هر قسمتی که مربوط به مددجو ( نبض و ...) است.  
**فعل:** فعالیتی که مددجو انجام می دهد که باید رفتار قابل مشاهده را مشخص نماید مانند: بیان کند، حرکت دهد و ...

**موقعیت:** شرایطی که رفتار باید تحت آن شرایط بروز نماید. کجا، کی، چه، چگونه را توضیح می دهد. مثال: با کمک واکر یا نرده دو بار در روز قدم زند. بعد از شرکت در دو جلسه کلاس گروهی دیابت نشانه های دیابت را لیست نماید.

**معیار عمل مورد انتظار:** استاندارد دی که عمل با آن ارزیابی می شود. مثال: ۵ مورد از ۶ علامت دیابت را لیست نماید.  
به اندازه ۵ متر در روز پیاده روی کند.  
انسولین را با استفاده از تکنیک صحیح تزریق نماید.





## مثالهایی از اهداف و برایندهای مورد انتظار :

### ۱. تشخیص پرستاری :

خطر پاکسازی غیر موثر راههای هوایی مرتبط با درد ناحیه برش جراحی

هدف:

عملکرد راههای هوایی در دوره پس از جراحی تا زمان ترخیص حفظ شود.

برآیند مورد انتظار:

مددجو هر ۴ ساعت با اسپرومتری انگیزشی به ۹۰ درصد از هدف تمرین دست یابد.

### ۲- تشخیص پرستاری :

درد حاد مرتبط با صدمه بافتی ناشی از برش جراحی بطوریکه منجر به ایجاد اختلال خواب مددجو شده است

هدف:

طی ۴۸ ساعت درد مددجو کنترل شود.

برآیند های مورد انتظار:

طی ۴۸ ساعت مددجو درد خود را کمتر از عدد ۴ در مقیاس سنجش درد بیان کند.

طی ۴۸ ساعت مددجو گزارش کند که بدون هیچ مشکلی خواب راحت داشته است.

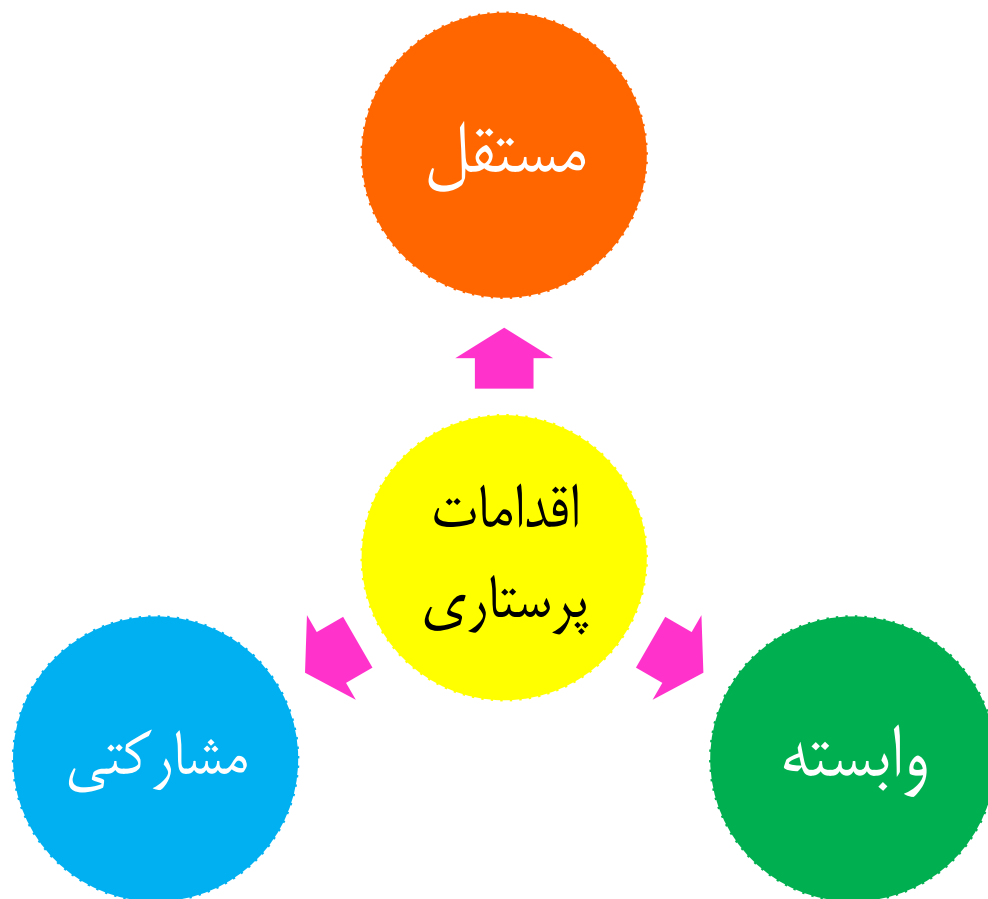
## طراحی اقدامات پرستاری:

تعیین اقدامات یا فعالیت‌هایی که در راستای رسیدن به هدف است.

برای هر بیمار اختصاصی است.

برای طراحی اقدامات به جزء دوم تشخیص پرستاری (اتیولوژی) نگاه کنید. زمانی که امکان تغییر عوامل اتیولوژیکی وجود ندارد پرستار اقداماتی را در جهت رفع علائم و نشانه‌ها انجام می‌دهد.

در مرحله اجرا، اقدامات برنامه ریزی شده توسط پرستار انجام می‌شود.



❖ **اقدامات پرستاری مستقل:** بر اساس قضاوت بالینی پرستار است.

به طور مثال:

مراقبت فیزیکی، آموزش، مشاوره، کنترل عوامل محیطی و ارجاع به سایر اعضای تیم بهداشتی

❖ **اقدامات پرستاری وابسته:** طبق دستور پزشک انجام می شود ولی نیازمند مسئولیت پذیری و دانش پرستار است.

به طور مثال: دستورات دارویی و آزمایشات تشخیصی

❖ **اقدامات پرستاری مشارکتی:** در مشارکت با سایر اعضای تیم بهداشتی نظیر: فیزیوتراپ، متخصص تغذیه ، مددکار اجتماعی و ...



## مثالی از اقدامات پرستاری :

### عدم تحمل فعالیت در ارتباط با عدم تعادل بین عرضه و تقاضای اکسیژن

- بیمار در حالتی که احساس راحتی بیشتری می کند قرار گیرد.
- از اطرافیان یا وسایل کمکی مثل عصا برای راه رفتن کمک بگیرد.
- در بین فعالیت ها زمان هایی را برای استراحت در نظر بگیرد.
- از تمرینات ورزشی فعال یا غیر فعال برای تقویت ماهیچه ها استفاده کند.
- از انجام کارهای غیر ضروری خودداری کند.
- فعالیت ها را تدریجاً زیاد کند.

...

# ارزشیابی Evaluation



## ارزشیابی Evaluation :

ارزشیابی آخرین مرحله در فرآیند پرستاری می باشد و در این جهت می باشد که بیمار تا چه حدی به اقدامات پرستاری پاسخ داده است. در مرحله ارزیابی ما میزان دستیابی به هدف را بررسی می کنیم.

ارزشیابی به سوالات زیر پاسخ می دهد:

- ✓ آیا تشخیص پرستاری صحیح بوده است؟
- ✓ آیا بیمار به نتایج قابل انتظار رسیده است؟ و آیا در زمان تعیین شده به آن دست یافته است؟
- ✓ آیا مشکل بیمار حل شده است؟
- ✓ چه عواملی باعث دسترسی یا عدم دسترسی به اهداف شده است؟
- ✓ آیا اهداف و نتایج قابل انتظار باید تغییر داده شود؟



مقایسه وضعیت سلامتی بیمار بعد از انجام اقدامات پرستاری با اهداف تعیین شده.  
اگر هدف‌گذاری صحیح نباشد، ارزشیابی بسیار سخت و گاه غیر ممکن می‌شود.

۳ حالت ممکن است اتفاق بیفتد:

مشکل حل می‌شود.

مشکل نسبتاً حل می‌شود.

مشکل باقی می‌ماند، که باید بازنگری و تعدیل برنامه مراقبتی صورت پذیرد.



# مزیت فرآیند پرستاری

اطمینان و اعتماد  
رضایت شغلی  
رشد و پیشرفت حرفه پرستاری  
تعیین استانداردهایی برای پرستاری بالینی

برای پرستاران

شرکت بیمار در مراقبت از خود  
تداوم مراقبت ها  
افزایش کیفیت مراقبت های انجام شده

برای بیماران

خانمی ۳۸ ساله با شکایت ضعف، بی‌حالی و سرگیجه به بیمارستان مراجعه کرده و با تشخیص کم‌خونی فقر آهن در بخش بستری شده است. طرح مراقبت پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری در این بیمار تدوین نمایید.

مورمور  
شدن  
انگشتان

سرگیجه

رنگ  
پریدگی

سردرد

Hb:  
7.6

تنگی  
نفس با  
فعالیت

بی‌اشتهایی

ضعف

HR:  
105

RR:  
24

از توجه شما متکرم

